

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 186.

DES
FORMES ANORMALES
DU CANCER PRIMITIF
DU PANCRÉAS

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand BACHON

Né le 14 Août 1877, à Sidi-bel-Abbès (Algérie)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 186.

DES
FORMES ANORMALES

DU CANCER PRIMITIF
DU PANCRÉAS

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand BACHON

Né le 14 Août 1877, à Sidi-bel-Abbès (Algérie)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
 LACASSAGNE ASSESSSEUR.
PROFESSEURS HONORAIRES
 MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, Président ; M. COLLET, Assesseur ;
 MM. BOYER et SAMBUC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIC

AVANT-PROPOS

Depuis que la symptomatologie du cancer primitif du pancréas a été nettement établie par MM. Bard et Pic, on en a publié un grand nombre d'observations. Mais, bien des auteurs se sont plutôt attachés à décrire des formes anormales, qui sembleraient à première vue différentes du type classique et assez nombreuses.

Dès lors, une question se posait : y a-t-il lieu de décrire des formes, dont la symptomatologie est autre que celle du type classique Bard et Pic? Certains auteurs ont répondu par l'affirmative, en décrivant des formes anormales à l'appui d'observations plus ou moins nombreuses.

Il semblerait ainsi, au premier abord, que les cas anormaux de cancer primitif du pancréas soient aussi fréquents que la forme classique Bard et Pic, dont la valeur serait singulièrement amoindrie.

Après un examen minutieux des observations publiées depuis vingt ans, nous pensons qu'il faut plutôt dire : Il y a incontestablement des formes anormales s'écartant du type

classique; mais, et nous insistons vivement sur ce point, ces formes anormales sont infiniment plus rares que la forme habituelle, qui constitue l'immense majorité des cas.

Ce sont ces formes anormales qui feront l'objet de ce modeste travail que nous soumettons à l'appréciation de nos maîtres.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres :

Dans un premier chapitre, sorte d'introduction, nous ferons l'historique de la question.

Dans un second chapitre, nous décrirons la forme normale, ce qui nous permettra de nous rendre compte des cas anormaux.

Dans un troisième chapitre, nous décrirons les formes anormales du cancer primitif de la tête du pancréas; réservant pour un quatrième chapitre les formes anormales, par suite du siège de la tumeur en dehors de la tête du pancréas.

C'est dans ce chapitre que nous placerons deux observations inédites de cancer primitif du corps.

Enfin, après un dernier chapitre, qui sera une revue d'ensemble, nous présenterons nos conclusions.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet, qu'il nous soit permis de remplir un devoir bien agréable.

M. le professeur agrégé Pic a bien voulu, dès notre arrivée à Lyon, s'intéresser à nous. Il n'a cessé de nous éclairer de ses conseils et, sans son aide bienveillante, il nous aurait été impossible de mener à bien notre tâche.

Nous le prions d'accepter la dédicace de ce modeste travail comme un bien faible témoignage de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de l'Ecole d'Alger et de l'hôpital de Mustapha, MM. les professeurs Bruch, Curtillet, Moreau, Rey : MM. les docteurs Raynaud, Sabadini, pour leur enseignement si dévoué et leurs conseils éclairés.

Que M. le professeur Bard veuille bien recevoir nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons tous nos remerciements et l'assurance de notre amitié au D^r Tolot, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider dans notre tâche.

DES

FORMES ANORMALES

DU CANCER PRIMITIF

DU PANCRÉAS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dès le milieu du xvi^e siècle, alors que le pancréas était à peine connu, on le considérait comme le siège d'un grand nombre de maladies. Mais le cancer du pancréas était à peu près inconnu. Marc d'Espine, Lebert n'en ont jamais rencontré d'exemple.

Il faut arriver à Willigt et Förster pour entendre parler du cancer du pancréas.

L'on peut diviser son histoire en trois périodes.

Dans une première période, que nous nommerons période anatomique, le cancer du pancréas n'est même pas soupçonné pendant la vie : il n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

Willigt en trouve 29 cas sur 467 autopsies de cancéreux ; Förster, 6 sur 639 autopsies de tout genre.

Peu à peu l'attention des cliniciens se porte sur cet organe par suite des travaux qui sont publiés sur son ana-

tomie, sa physiologie. A partir de ce moment, les observations de cancer primitif du pancréas se succèdent. C'est une longue période qui s'étend depuis Mondière (1836), Da Costa, Friedreich, Franck, Gouguenheim, Bonnamy, Salles, Taylor, jusqu'à Ramey et Madré (1883).

La plupart des symptômes du cancer primitif du pancréas sont décrits, mais ils sont épars, disséminés, il leur manque d'être groupés en une forme clinique. C'est pourquoi nous dirons de cette période qu'elle est la période des faits isolés.

Avec la thèse de Vernay (1884), inspirée par M. le professeur R. Tripier, commence une troisième période, la période clinique. Mais il faut arriver au remarquable travail de MM. Bard et Pic (1888) pour voir cette période nettement caractérisée et devenir la période vraiment clinique.

Dans ce travail depuis longtemps classique, les symptômes du cancer primitif du pancréas jusque-là épars sont groupés, superposés aux lésions, de telle sorte qu'il devient dès lors possible de faire le diagnostic dans la plupart des cas.

L'élan est donné, les mémoires et les observations deviennent plus nombreux et l'on trouve que le cancer primitif du pancréas est en somme assez fréquent.

Cependant une réaction se dessine ; on publie des cas exceptionnels ou frustes ; on cherche à bien faire ressortir qu'ils s'écartent du type classique Bard et Pic, croyant par là en diminuer la valeur.

On semble oublier qu'en pathologie il n'est pas de règle absolue, et qu'une description pathologique n'est en somme qu'une moyenne.

Jusqu'à présent, ces anomalies ont été constatées pour le plus grand nombre avec peu d'esprit critique. Il vaut bien mieux, en présence de ces cas à forme anormale, se rendre compte de leur importance et alors essayer de les expliquer.

D'ailleurs, la question a été déplacée; on a semblé croire que MM. Bard et Pic avaient donné leur type comme applicable à tous les cas; type qu'Hanot définissait au Congrès de Tunis 1895 « le syndrome Bard et Pic », et que, grâce à leur description, le diagnostic de cancer primitif du pancréas devenait de la plus grande facilité.

Il nous semble que ces auteurs n'ont pu mieux exprimer leur opinion, relativement à la difficulté du diagnostic du cancer primitif du pancréas, qu'en le comparant, comme ils l'ont fait, au cancer primitif de l'estomac. Et c'est gratuitement, croyons-nous, qu'on leur prête de telles conclusions.

Pour s'en convaincre, il nous suffira de citer certains passages de deux de leurs mémoires :

« Nous avons démontré, disent MM. Bard et Pic (De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas, *Rev. de méd.*, 1897), que cette lésion (cancer primitif du pancréas) se révélait en clinique par un ensemble de symptômes suffisamment caractéristiques pour que le diagnostic pût être établi avec ni plus ni moins de difficultés et de probabilités que celui d'un autre cancer viscéral, du cancer de l'estomac par exemple. »

Dans leur premier mémoire : « Assurément, nous ne voulons pas dire que le cancer du pancréas sera toujours reconnu pendant la vie, ni que son diagnostic ne présente

aucune cause d'erreur ; ce serait alors la seule affection qui serait ainsi favorisée. Il arrivera, dans certains cas, que le tableau clinique sera incomplet et que l'absence de l'un quelconque des signes sur lesquels nous avons insisté laissera le clinicien hésitant. »

La comparaison avec le cancer de l'estomac est juste sur tous les points.

M. Bard, ayant inspiré, il y a déjà longtemps, la thèse de Mathieu sur le cancer précoce de l'estomac, n'a pas pu prétendre que le diagnostic du cancer de l'estomac est des plus faciles.

Les choses étant remises au point, nous nous proposons maintenant, à la lumière des observations publiées depuis 1888, de rechercher combien il en est qui rentrent dans le cadre, combien s'en écartent. Nous nous attacherons surtout à en faire la critique serrée et à les classer. Ensuite seulement, nous pourrons nous demander si le syndrome Bard et Pic est sérieusement ébranlé ou si, au contraire, il ne reste pas la réalité dans l'immense majorité des cas.

CHAPITRE II

DE LA FORME NORMALE

Afin de pouvoir bien distinguer les formes anormales, rappelons en quelques lignes les traits caractéristiques de la forme normale.

En premier lieu, il faut dire que la description de MM. Bard et Pic ne s'adresse qu'à un groupe de cancers primitifs du pancréas, ceux de la tête de cet organe, en somme de beaucoup les plus fréquents.

Nous verrons en effet qu'il y a lieu de bien les séparer de ceux du corps ou de la queue qui ont une symptomatologie différente.

Le cancer primitif du pancréas (tête) est normalement caractérisé par deux groupes de symptômes, les uns positifs : amaigrissement et cachexie rapide, ictère bronzé, distension de la vésicule biliaire, parfois douleur et tumeur épigastriques; les autres négatifs : absence de tuméfaction du foie et de la rate, absence d'ascite.

Combien, depuis une dizaine d'années, a-t-on publié d'observations de cancer primitif de la tête du pancréas? Combien en est-il de conformes à la description classique?

Sur une centaine, nous en trouvons plus de 70 conformes au type classique.

Pour leur énumération, voir l'index bibliographique.

Parmi ces observations qui ont été publiées comme cancer primitif de la tête du pancréas, il y en a plusieurs qui ne sont que des tumeurs secondaires de cet organe. Il y a donc lieu de les éliminer de toute description de cancer primitif du pancréas. Nous citerons ainsi :

Thèse de Caron (1889).

OBS. IV. — Il s'agit probablement d'un cancer de l'estomac propagé au pancréas, à l'épiploon (th. P. Bonnamy).

OBS. V. — Cancer de l'estomac propagé jusqu'au foie, au pancréas, aux ganglions mésentériques (th. Bonnamy).

OBS. VII. — Il s'agit encore d'un cancer de l'estomac propagé au foie et au pancréas. Massé (*Soc. anat.*, 1876).

OBS. VI. — Généralisation au pancréas (Landroin, *Bul. Soc. anat.*, 1867).

OBS. VIII. — Cancer secondaire du pancréas.

OBS. XIV. — Cancer paraissant avoir débuté par le foie et s'être étendu à l'estomac, au duodénum, au pancréas (*Bul. Soc. anat.*, 1871).

OBS. XV. — Cancer de l'estomac latent pendant la vie; propagation secondaire au foie, généralisation à la rate, au pancréas, aux poumons (*The Dublin, Journ. of. med. sc.*, 1876).

OBS. XXII. — Cancer du cæcum et du pancréas (th. Bonnamy).

OBS. XL. — Pas d'examen histologique. Très probablement cancer primitif de l'estomac et secondaire du pancréas et du foie.

Dans la thèse de Perdu :

OBS. XVI. — Il s'agit bien plutôt d'un cancer du pylore (Van Ackeren, *Berlin. klin. Woch.*, 1889).

OBS. XXII (pers.). — Plutôt cancer de la paroi postérieure de l'estomac propagé et englobant le pancréas. D'ailleurs, l'auteur n'est pas affirmatif sur le fait de cancer primitif du pancréas. Fothergill a publié dans le *British med. Journ.* (1896) un cas de tumeur de la tête du pancréas qui ne semble pas être primitive. L'observation est très réduite.

Si ces cas de cancers secondaires doivent être éliminés, il en est d'autres en revanche qu'il faut rattacher au type normal, bien que leurs auteurs les aient décrits comme s'en écartant.

Ainsi MM. Choupin et Molle ont publié quatre observations, dont deux du type Bard et Pic. Ils en ont écarté les deux autres pour des raisons bien secondaires :

OBS. III. — Malade ayant de l'ictère, de la diminution des forces, un amaigrissement progressif, le foie hypertrophié ; pas de saillie de la vésicule ; vomissements.

Mort dans la cachexie.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas du volume

d'une orange, adhérant au duodénum, vésicule piriforme, distendue.

Foie très augmenté de volume avec noyaux secondaires.

Pour les auteurs, cette observation s'écarte du type normal par deux points. D'abord par l'absence de sensation de la vésicule. C'est tout simplement qu'on ne l'a point sentie, car, en réalité, à l'autopsie, on trouvait la vésicule piriforme et distendue contenant 150 à 200 grammes de bile!

Ensuite par l'hypertrophie du foie.

Mais celle-ci peut très bien s'expliquer par une cirrhose concomitante de l'affection pancréatique, venant en masquer les symptômes et en écarter l'idée. L'hypertrophie de la rate que l'on constatait aussi, vient évidemment apporter une preuve en cette faveur. D'ailleurs, le diagnostic posé avait été celui de cirrhose hypertrophique.

OBS. IV. — Cette observation qui reproduit le syndrome Bard et Pic, sauf l'hypertrophie du foie, serait une forme anormale foudroyante à cause de la courte durée de la maladie (quarante-sept jours).

Nous ne pensons pas que la durée assez courte de la maladie soit une cause suffisante pour faire de ce cas, quelque chose d'anormal.

De même, l'observation d'Isch Vall (*Progrès médic.*, 1894) doit être rangée dans la forme normale. L'auteur en fait une forme à part à cause de l'absence de distension de la vésicule biliaire pendant la vie, alors qu'en réalité, à l'autopsie, on trouvait « la vésicule énormément distendue ».

Dans sa thèse, Perdu range l'observation XVII dans la forme hépatalgique, anormale :

Il s'agit d'un malade qui a présenté comme symptômes : un ictère progressif, des vomissements, des douleurs intolérables vers la fin, un amaigrissement assez accusé. Le foie paraît un peu hypertrophié, on sent à la palpation une petite tumeur qui semble être la vésicule biliaire.

Autopsie. — Foie petit, vésicule de la grosseur d'un œuf de dinde. Tête du pancréas envahie par une tumeur dure. La queue est hypertrophiée.

Cette observation ne mérite pas une place à part et doit rentrer dans la forme normale.

Nous faisons aussi rentrer dans le type habituel, les cancers de l'ampoule de Vater. M. Pic, dans son mémoire sur le cancer primitif du duodénum (1894), a élucidé la question ; il nous suffira donc de rappeler ce qui en a été dit.

En premier lieu, M. Pic élimine de la classe des cancers de l'ampoule de Vater toute une série d'observations qui ont trait incontestablement à des cancers primitifs de la tête du pancréas. Ainsi les observations de Féréol (*Bull. Soc. médic. des hôpitaux*), Luton (*Soc. méd. d'observations*, 1859-63), Avezou (1875), Martha.

« Dans tous ces cas, les malades ont présenté le tableau clinique du cancer primitif du pancréas. » Il est donc certain qu'un certain nombre d'observations données comme cancers de l'ampoule ne sont, en réalité, que des cancers pancréatiques (tête).

Enfin, il y a lieu aussi de rattacher au cancer primitif du pancréas, l'observation de Laborde, dont la critique en a été faite par M. Pic (*loc. cit.*), observation que jus-

qu'alors on avait rangée parmi les cancers du duodénum.

Ainsi donc, jusqu'ici sur une centaine d'observations de cancer primitif de la tête du pancréas, nous en trouvons plus de soixante-dix répondant au type classique, et douze qui ne sont que des cancers secondaires pancréatiques.

Cela réduit singulièrement le nombre des cas anormaux de cancer primitif de la tête du pancréas.

Maintenant, au contraire, rentreront dans les formes anormales de la tête du pancréas tous les cas qui se seront différenciés de la description classique, soit par l'absence véritable d'un des signes caractéristiques du syndrome Bard et Pic, soit par l'apparition d'un phénomène de haute importance de nature à modifier l'aspect clinique du malade. D'ailleurs, il est juste de dire, en tenant compte des restrictions faites plus haut, qu'il est incontestable que depuis 1888 quelques observations bien prises de cas anormaux ont été publiées.

Ce sont ces cas que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

DES FORMES ANORMALES DU CANCER PRIMITIF DE LA TÊTE DU PANCRÉAS

L'étude attentive des quelques cas anormaux de cancer primitif de la tête du pancréas nous a porté à les diviser en quatre classes ou formes réellement distinctes soit entre elles, soit de la forme normale.

Ce sont les formes cachectique simple, diabétique, pseudo-hépatique et pseudo-pylorique que nous allons étudier.

1° Forme cachectique simple.

Il est remarquable de voir certains cas de cancers primitifs du pancréas (tête) où la lésion est restée latente jusqu'à la mort. Pas de signes bruyants, rien qu'un amaigrissement, une cachexie augmentant de jour en jour. A quoi faut-il attribuer cette évolution silencieuse? Nous verrons plus loin qu'en somme il n'y a que deux signes vraiment pancréatiques : la cachexie, l'amaigrissement. Tous les autres signes étant produits par la compression d'organes voisins ou leur envahissement par des noyaux secondaires, il est tout naturel que quel que soit le siège

de la tumeur, s'il n'y a pas de compression des organes voisins, viscères, vaisseaux, nerfs, cette tumeur ne se révélera que par les seuls signes vraiment pancréatiques : cachexie, amaigrissement. C'est pourquoi nous faisons une forme cachectique simple, dans laquelle rentreront tous les cas de cancers primitifs du pancréas ne donnant pas d'autre indication. Mais cette forme est excessivement rare, et nous n'avons trouvé qu'une observation de ce genre. Il faut dire que, dans cette observation, le malade a eu de l'ictère ; ce qui, par suite, ferait hésiter à classer cette observation dans la forme cachectique simple. Nous ne la donnons que pour montrer l'extrême rareté de cette forme, puisque le seul cas que l'on trouve reste encore douteux. Cette observation est de Renglaret.

OBS. I (résumée). *Soc. Anat.*, 1893, p. 470).

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans, qui n'a présenté comme signes qu'une teinte jaune paille, même ictérique et un œdème cachectique.

Il n'est pas fait mention des urines.

A l'autopsie, on trouve :

Foie petit, avec trois ou quatre noyaux blancs, du volume d'une noisette.

Le duodénum et la tête du pancréas forment une masse assez confuse. La queue du pancréas est saine, la tête présente une double tumeur dont la masse totale ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule. A la coupe et au raclage, ces deux masses offrent les mêmes caractères que les noyaux du foie.

Les embouchures des canaux cholédoque et de Wirsung sont libres.

Nombreux ganglions mésentériques hypertrophiés.

L'auteur insiste avec juste raison sur ce fait que l'amaigrissement et la cachexie peuvent être pris comme signes du cancer du pancréas.

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un cas semblable, il faudra penser à l'existence d'un cancer et, jusqu'à un certain point, au siège probable au niveau du pancréas.

II. Forme diabétique.

Il a été décrit déjà une forme glycosurique, et l'on a apporté à l'appui un grand nombre d'observations. MM. Bard et Pic ont écrit, à ce sujet, un second mémoire, sur la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas (*Rev. de Méd.* 1897). Toutes ces observations de la forme glycosurique y sont minutieusement étudiées et très discutées.

Il ressort de ce mémoire que c'est à tort que le plus grand nombre de ces observations ont été écartées de la forme normale pour être rangées dans une forme anormale dite glycosurique. Et, en effet, dans ces cas, la glycosurie relève d'une sclérose du pancréas, coexistant avec un certain degré de cirrhose et de sclérose hépatiques, sclérose due à l'obstruction des canaux excréteurs avec infection consécutive.

Il en est autrement de la forme diabétique. Les auteurs du mémoire admettent certains cas de diabète, compliqués de cancer du pancréas, ce dernier, par contre, pouvant atténuer ou faire disparaître, les phénomènes diabétiques. Nous sommes donc convaincu que l'on peut créer une

forme anormale dite diabétique, caractérisée par des signes de diabète au début, amaigrissement, cachexie très rapide, parfois constatation d'une tumeur épigastrique plutôt vers la fin, coïncidant avec la disparition de la glycosurie. A ce propos, nous citerons, les observations de Boromaki, celle-là le type de la forme, de Collier et de Bouchard.

OBS. I. — Boromaki (*Marseille médic.*, 1891) (résumé).

Malade traité pendant huit mois comme diabétique. Polyurie, pollakiurie et glycosurie. Soif vive. Amaigrissement, puis les signes de diabète disparaissent, tandis que l'amaigrissement et la cachexie progressent très rapidement. Mort dans le coma.

A l'autopsie : néoplasme de la tête du pancréas pénétrant dans le duodénum qu'il obture complètement au-dessous de l'ampoule de Vater.

OBS. II. — Bouchard (*Maladie par ralent. de la nutrition*, 1882, p. 172).

Observation d'un homme qui, avec les signes de diabète, eut un amaigrissement et une cachexie progressifs, alors que les signes du diabète s'apaisent. On arrive à constater la présence d'une tumeur qui, par son siège, sa forme, sa direction, ne pouvait être qu'une tumeur du pancréas. A l'autopsie : cancer de la tête du pancréas.

OBS. III. — Collier (*Brit. med. J.*, 1889).

Malade qui présente un amaigrissement progressif, avec signes de diabète. Disparition des signes du diabète. Mort subite.

Autopsie : Perforation intestinale, cause sans doute de la mort, et cancer de la tête du pancréas.

Ces trois observations sont certainement convaincantes ; à ce propos, nous répéterons ce que nous avons déjà dit. Il n'y a que deux signes constants : Amaigrissement, cachexie progressifs, parfois assez rapides ; ce sont eux qui doivent emporter le diagnostic de cancer du pancréas. Ces observations sont les seules que nous ayons trouvées ; il s'agit donc, ici encore, de faits exceptionnels.

3° **Forme pseudo-hépatique (ascitique).**

Il y a certains cas de cancers primitifs de la tête du pancréas qui se sont présentés sous l'aspect d'une cirrhose alcoolique. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de décrire une forme cirrhotique, mais plus simplement une forme ascitique qui serait caractérisée par les signes suivants :

Ascite, amaigrissement et cachexie rapides, que l'on retrouve dans toutes les formes.

OBS. I. — Pauly (*Soc. des sc. médic.*, 1890).

Malade entré à l'hôpital avec œdème des membres inférieurs, tremblement alcoolique bien marqué. Pas d'albuminurie. Peu à peu se développa de l'ascite, la matité du foie étant diminuée, on avait pensé à une cirrhose alcoolique. Puis l'amaigrissement et la cachexie firent des progrès très rapides. Quelques jours avant la mort, diarrhée abondante et très fétide.

A l'autopsie, cancer du pancréas avec noyaux secondaires du foie, des reins, du péritoine. Une petite portion du pancréas est restée saine, jamais ni sucre, ni albumine.

Flavio Santi a publié deux observations de cancer

primitif de la tête du pancréas avec ascite chyleuse dans les deux cas. Nous ne faisons pas rentrer ces observations dans notre forme ascitique, parce que, dans un cas, la malade avait présenté, trois mois durant, le syndrome Bard et Pic, et dans l'autre, l'autopsie fait défaut.

Cette forme ascitique peut s'expliquer ainsi : ou bien il y a compression de la veine porte par la tumeur elle-même siégeant à la tête du pancréas, ou bien encore il peut y avoir une véritable cirrhose, d'où ascite, ce qui cependant nous semble moins probable que le fait de compression de la veine porte.

4° **Forme pseudo-pylorique.**

Les observations attribuées à cette forme seraient relativement assez nombreuses, s'il fallait en croire les auteurs. Toutefois, la plupart d'entre elles, ou sont trop écourtées pour pouvoir être citées utilement, ou ont trait probablement à des tumeurs réellement pyloriques généralisées au pancréas. Cette forme pseudo-pylorique se caractérise par la série des symptômes suivants : Vomissements abondants survenant peu après les repas, dilatation de l'estomac, enfin amaigrissement et cachexie progressifs. La douleur est un signe inconstant. En somme, la forme pseudo-pylorique consiste tout simplement en des phénomènes de compression du pylore joints aux signes vraiment pancréatiques : amaigrissement, cachexie.

Nous n'avons pu trouver comme authentique que l'observation de Pilliet, qui constitue en somme et le type de la forme pseudo-pylorique et l'unique exemple de cette modalité clinique.

OBS. (résumée). — Pilliet (*Soc. anatom.*, 1888).

Il s'agit d'un homme adulte d'une bonne santé antérieure, entré à l'hôpital de la Pitié pour des vomissements. Deux mois avant son entrée, il a commencé à avoir des aigreurs et des éructations amères, puis il s'est mis à vomir tous les jours. Les vomissements survenaient dès la fin du repas, une heure au plus tard.

Depuis quinze jours, le malade a considérablement maigri. Il présente une teinte terreuse, grise.

Les vomissements persistent. Cachexie. Mort.

Il n'y avait aucun signe de tumeur quelconque.

Quelque temps avant la mort, le malade dont le ventre s'était creusé en bateau a eu de l'agitation et du délire.

En présence de ces symptômes, on avait posé le diagnostic de lésion tuberculeuse probable des capsules surrénales sans mélanodermie.

Autopsie. — Tumeur de la tête du pancréas respectant les voies biliaires, comprimant le duodénum immédiatement sous le pylore. Estomac dilaté. Zone de généralisation au-dessous du pancréas, comprenant le plexus solaire par une néoformation ganglionnaire. Capsule surénale droite englobée dans une masse dure, volumineuse.

Noyaux secondaires au foie. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma.

Peut-être l'observation de Perdu pourrait-elle rentrer aussi dans cette catégorie, mais on pourrait soutenir avec une égale vraisemblance qu'il s'agit non d'une forme pseudo-pylorique, mais d'un cancer du pylore.

L'on peut voir, dès maintenant, combien nous nous écartons des idées reçues. Alors que Lucron range la forme de MM. Bard et Pic, parmi un groupe de formes frus-

tes, où elle se trouve sur le même rang que les autres ; nous en faisons, nous, au contraire la forme normale, la règle pour ainsi dire, et nous lui rendons la place qui lui est due. Car, tous ces cas donnés comme anormaux par les auteurs, ou bien ce sont des cas de cancers secondaires, ou bien ce sont des cas du type Bard et Pic dont on les a séparés à tort, ou bien ce sont vraiment des cas anormaux, mais alors, ils sont en très petit nombre et forment de très rares exceptions.

CHAPITRE IV

FORMES ANORMALES DUES AU SIÈGE DE LA TUMEUR EN DEHORS DE LA TÊTE DU PANCRÉAS

Nous avons étudié plus haut la forme normale du cancer primitif de la tête du pancréas, caractérisée par le syndrome Bard et Pic, et les formes anormales qui en pouvaient être décrites ; nous avons conclu de la critique des observations publiées que ces formes anormales, si importantes au dire de quelques auteurs, se réduisent en somme à un fort petit nombre d'exceptions. Mais si le cancer primitif du pancréas a un type bien défini, c'est à cause de son siège habituel à la tête. Il y a donc lieu de penser *a priori* que le développement anormal de la tumeur en un point autre que la tête ne donnera pas lieu au même syndrome. C'est en effet ce qui a lieu. Et ces formes, anormales de par le siège du néoplasme, sont de beaucoup les plus importantes. Ce sont elles qui vont faire l'objet de ce chapitre. Nous les diviserons en deux groupes, car leurs signes diffèrent suivant que le siège de la tumeur est situé à la queue ou à la tête.

1° **Cancers primitifs de la queue du pancréas.**

Cette forme anormale de cancer primitif du pancréas est

peu fréquente, à peine en avons-nous trouvé quelques cas dans la littérature médicale.

L'étude de ces cas nous permet d'en décrire une symptomatologie qui comprend deux groupes de symptômes.

En premier lieu des symptômes constants dans tous les cas, les symptômes pancréatiques, qui sont la cachexie et un amaigrissement progressif.

En second lieu des symptômes secondaires qui se joignent parfois aux premiers et sont dus à des noyaux de généralisation dans les organes voisins.

Obs. I. — Strumpell (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, Band XXII) reproduite *in th.* Caron.

Malade qui, au début, a eu du météorisme, une sensation de pesanteur dans le ventre. Puis douleurs vives épigastriques. Amaigrissement progressif. Le ventre se ballonne; l'affaiblissement augmente. Les douleurs vives persistent. Un peu avant la mort, des vomissements. Rien à la palpation.

Autopsie : Noyaux cancéreux secondaires dans le foie, le péritoine. Cancer primitif de la queue du pancréas.

Obs. II. — Olivier (de Lausanne), 1894.

B. Thomas, cinquante-quatre ans, journalier, alcoolique, commence à souffrir de douleurs dans l'hypocondre droit. Amaigrissement rapide. Ictère pendant cinq ans.

Le ventre augmente de volume; une ponction ramène un liquide jaune verdâtre, légèrement trouble. Les douleurs deviennent intolérables, la constipation est opiniâtre. Cachexie avancée. Mort.

Autopsie. — On trouve des noyaux au cardia dans le pé-

ritoine. Le foie est seulement un peu atrophié. La tête et une partie du corps sont saines, la queue est étalée, aplatie; constituée par un tissu dur, criant à la coupe. Le canal de Wirsung se perd dans le tissu néoplasique. En somme, cancer primitif de la queue du pancréas.

OBS. III. — Bernard (*Soc. anat.*, janvier 1894).

Présentation des viscères d'un homme, dont l'observation clinique amena à différentes erreurs de diagnostic. Ce malade n'avait aucun symptôme important, d'abord ayant assez d'embonpoint, il maigrit, a de l'anorexie. On songea à un néoplasme de l'estomac, puis à de la syphilis hépatique, le foie s'étant hypertrophié dans les derniers temps.

Autopsie. — Nombreux noyaux cancéreux secondaires dans le foie. Cancer primitif du pancréas ayant comme siège la queue.

Deux observations d'Huchard dans une de ses cliniques.

OBS. IV. — Huchard (*Progrès méd.*, 1894).

Homme de quarante-neuf ans, qui présente les symptômes suivants: amaigrissement considérable, pâleur des tissus, œdème des membres inférieurs. Albuminurie légère. Puis teinte jaune paille, anorexie, un peu de diarrhée. Douleur vive à gauche de l'épigastre, où l'on trouve seulement une vague sensation de rénitence profonde.

Autopsie. — Tumeur néoplasique de la queue du pancréas du volume d'un œuf. Aux reins, lésions de néphrite au début. Dans cette observation, l'œdème des membres inférieurs et l'albuminurie sont expliqués par la lésion des reins.

OBS. V. — Huchard (*Progrès méd.*, 1894).

Homme de soixante-quatorze ans, qui arrive à l'hôpital

dans le coma absolu dont il n'est pas sorti jusqu'à sa mort. Pas de renseignements. Ni sucre, ni albumine. Légère parésie du facial. Par élimination on porte le diagnostic de coma cancéreux. Rien à la palpation.

Autopsie. — Léger ramollissement cortical du lobe occipital gauche d'origine artério-scléreuse. Cette lésion peu importante, dit l'auteur, ne pouvait avoir produit l'état comateux. Celui-ci était vraisemblablement d'origine cancéreuse, car à la queue du pancréas existait une tumeur molle du volume d'un œuf de dinde.

OBS. VI. — Ebstein (*Deut. med. Woch.*, 1899, p. 71).

Femme de trente-six ans, sans antécédents particuliers. Entre pour des troubles dyspeptiques à l'hôpital. On lui trouve un rein flottant, on prescrit le port d'une ceinture. Un mieux se produit et persiste une année. Les troubles dyspeptiques reparaissent, l'état général décline. La malade tousse, maigrit, présente une légère dyspnée. A un moment donné, on constate l'existence d'un léger épanchement dans la plèvre gauche et l'ensemble de ces symptômes fait diagnostiquer une tuberculose, bien qu'on ne trouve rien aux poumons et que la température reste normale. Ce diagnostic est maintenu même après l'apparition de deux ganglions sus-claviculaires.

La malade meurt au bout de quelque temps. A l'autopsie, cancer de la queue du pancréas de la grosseur d'un œuf de poule, avec des métastases dans l'estomac, le foie, les poumons, les ganglions lymphatiques, les plèvres, le péricarde, le diaphragme. Cœur normal. Les lésions des poumons, les plèvres, le cœur normal n'expliquent pas la dyspnée. M. Ebstein se demande si la dyspnée qui, à la

dernière période, présentait les caractères de l'orthopnée, ne doit pas être attribuée à la dégénérescence cancéreuse du diaphragme.

Nous partageons cette manière de voir : ainsi le cancer de la queue du pancréas se révélerait, outre les symptômes pancréatiques, amaigrissement, cachexie, par des symptômes variables dus à des noyaux de généralisation dans divers organes qui, dans le cas d'Ebstein, produisaient une véritable orthopnée par envahissement du diaphragme.

2. Cancer primitif du corps du pancréas.

Nous voici enfin arrivé à la dernière forme anormale du cancer primitif du pancréas, due au siège de la tumeur au corps du pancréas.

Cette forme est très rare et peu connue, à peine en est-il fait mention dans la littérature médicale; et cependant cette forme est intéressante en raison des difficultés du diagnostic. Le nombre des observations que nous avons pu réunir est très restreint; deux d'entre elles sont inédites; nous les devons à l'obligeance de MM. Pic et Chappet. Une autre de M. Destot a été l'objet d'une communication à la Société des sciences médicales. La dernière est empruntée à la thèse de Caron. Nous donnons cette observation, bien que trop résumée, parce qu'il nous a paru tout à fait probable, qu'il s'agissait d'un cancer du corps de l'organe, l'auteur ne le disant pas.

Nous ferons, avant d'observer la symptomatologie de cette forme, un résumé des rapports qu'affecte cette partie de l'organe, ce qui permettra d'expliquer la présence de certains signes particuliers, éloignant l'idée d'une tumeur du pancréas avant réflexion.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic).

Cancer primitif du corps du pancréas.

La nommée B..., Française, soixante-deux ans, entre le 15 mars 1898 à l'hospice du Perron, salle Sainte-Marie, dans le service de M. Pic.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires, la malade n'ayant pas connu ses parents.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-neuf ans, ménopause à cinquante ans. Un enfant à vingt-six ans, mort au bout de deux jours. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Dans sa jeunesse, douleurs articulaires avec tuméfaction qui l'obligent à un séjour à l'Hôtel-Dieu et à la Croix-Rousse. Depuis son entrée au Perron, elle n'a qu'une fois ces douleurs vives, mais elle souffre un peu dans les doigts et les reins.

Gastrite à vingt-huit ans, ayant duré longtemps sans qu'elle pût garder quelque aliment.

Elle est traitée, en 1878, pour une chute sur les reins ; à la suite, impossibilité de la marche pendant quelque temps et légère rétention d'urine.

Pendant l'hiver 1897-1898, Françoise B... fait un séjour à l'infirmerie pour une bronchite.

Etat actuel. — 26 juillet. — La malade se plaint de dyspnée d'effort, surtout quand elle monte un escalier. Cette dyspnée a augmenté depuis sa bronchite. Elle souffre également d'un point douloureux dans le côté gauche, au-dessous des fausses côtes, avec des irradiations en ceinture, et du côté de l'épaule gauche, en arrière, vers la colonne vertébrale.

Elle compare sa douleur à celle produite par une aiguille qui l'embrocherait. Cette douleur est presque continuelle, avec des exacerbations ; mais elle n'est pas influencée par l'ingestion d'aliments. La malade n'a pas d'appétit et se force pour manger. Pas de dégoût pour les viandes. Indigestions fréquentes suivies de vomissements. Renvois aigres. Pas d'hématémèse.

La malade a beaucoup maigri depuis sa sortie de l'infirmerie. Les téguments n'ont pas de teinte spéciale.

Cœur. — La paroi est soulevée sur une large surface ; la pointe semble battre dans le 5^e espace intercostal gauche, en dedans du mamelon. A l'auscultation, on ne trouve rien d'anormal. Le pouls est petit, régulier. Les radiales sont dures et roulent sous le doigt.

Poumons. — L'expiration est un peu prolongée

Estomac. — Cicatrices de pastilles de potasse au creux épigastrique. La pression à ce niveau est douloureuse. On ne sent pas de tumeur, mais on trouve du clapotage et de la succussion (la malade ayant bu un bol de bouillon deux heures avant).

La pression des côtes à leur partie moyenne et en arrière est douloureuse.

Rachis. — Scoliose dorsale à convexité droite, avec courbure de compensation à la région lombaire. Traces de pointe de feu sur toute sa longueur.

Foie, rien d'anormal.

Urines de coloration normale. Un peu d'albumine. Pas de sucre.

29 juillet 1898. — Cœur. — La pointe bat dans le 5^e espace intercostal gauche, au niveau du mamelon et un peu au-dessus. A la base et particulièrement dans l'angle cléido-sternal droit, on perçoit un souffle systolique grave, non perçu au niveau des carotides. Battements rétro-sternaux intenses. Rien à la pointe.

Matité augmentée surtout au niveau du manubrium.

Radiales dures. Pouls régulier, assez tendu, 100 pulsations à la minute.

La dyspnée qui était d'abord une dyspnée d'effort est maintenant continuelle. Il y a 40 respirations par minute.

La malade ne peut se coucher sur le côté gauche; elle souffre depuis un mois de piqûres aux régions dorso-lombaire, épigastrique et de douleurs en ceinture.

A l'épigastre, on constate au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, une tumeur dure vaguement circulaire animée de battements, sans que l'on puisse dire que ces battements sont expansifs.

Cette tumeur est sonore à la percussion superficielle; à la percussion profonde, submatité. Elle est peu mobile par les mouvements provoqués, et semble suivre faiblement les mouvements respiratoires. La palpation profonde paraît établir une démarcation entre la tumeur et le rebord du foie.

A l'auscultation, sans appuyer le stéthoscope, on per-

çoit, au niveau de la tumeur un souffle systolique intense. Les battements des fémorales semblent un peu en retard sur ceux des carotides. Dans la région lombaire, à gauche de la colonne vertébrale, on entend des battements plus nets que normalement. Les pupilles sont légèrement contractées.

On ne trouve pas de clapotage stomacal. Toute la région sus-ombilicale est très douloureuse à la moindre pression.

21 octobre 1898. — On constate que la matité précordiale varie de limites selon les changements de position.

A la région épigastrique : on note la persistance de battements au niveau du rebord des fausses côtes et de la ligne médiane; une tuméfaction dure. Les soulèvements ne semblent se faire que d'arrière en avant, très peu dans le sens latéral. En somme, peu ou pas d'expansion. Le souffle est très net et suivi d'un deuxième ton synchrone à la diastole du cœur.

À la percussion, les limites de la matité stomacale dessinent une courbe à convexité inférieure, dont les extrémités sont au niveau des hypocondres et la partie médiane à l'ombilic. La branche droite aboutit à la face inférieure du foie où l'estomac paraît fixé.

Ces limites sont confirmées par la palpation qui décele de la rénitence au niveau de la grande courbure. Enfin, de temps en temps cette courbure se révèle à l'inspection par des mouvements péristaltiques d'ailleurs vagues.

23 novembre 1898. — Le péristaltisme stomacal est pour ainsi dire constant et s'accompagne de péristaltisme abdominal. Le souffle est toujours très intense, même si l'on n'appuie presque pas le stéthoscope.

L'amaigrissement et la cachexie ont fait des progrès et sont extrêmes.

12 décembre. — Persistance de la tumeur pulsatile au niveau du creux épigastrique. A un travers de main au-dessous de la base de l'appendice xiphoïde, au niveau d'une ligne horizontale rasant le bord inférieur des fausses côtes, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, présence d'une tumeur dure, animée de battements. L'auscultation y fait percevoir un souffle systolique suivi d'un deuxième ton sourd assez vague.

Le péristaltisme stomacal a plutôt diminué d'intensité avec les progrès de la cachexie. Pas de vomissements. L'alimentation étant devenue presque impossible, à cause d'une douleur survenant dès que le malade cherche à s'alimenter, on donne à la malade des lavements alimentaires.

Au cœur : souffle systolique rude entendu à l'appendice xiphoïde ; à la pointe, retentissement métallique du second bruit.

Les urines, de couleur rouge brique, donnent un dépôt très abondant d'une substance pulvérulente blanchâtre.

Un peu d'albumine. Epais disque d'urates.

12 janvier 1899. — Depuis quelque jours, la malade se cachectise de plus en plus.

La miction est complètement impossible et nécessite le cathétérisme. Les urines sont rouges, couleur vin de Grenache. Elles ne contiennent pas de pigments biliaires.

La malade meurt dans la nuit.

Durant toute la maladie, la température a été presque toujours normale, ne dépassant jamais 38 degrés.

Autopsie. — Faite le lendemain.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate im-

médiatement la présence d'une tumeur située exactement au niveau du creux épigastrique en rapport : en haut, avec le foie ; en bas, avec la petite courbure qu'elle déprime, si bien que l'estomac allongé et en quelque sorte bilobé, lui forme comme une ceinture convexe, inférieurement.

Cette tumeur est adhérente à toutes les régions voisines : estomac, intestin, gros vaisseaux ; la dissection en est difficile. Toutefois, on parvient à se rendre compte très nettement qu'elle est développée au niveau de la partie moyenne du corps du pancréas et, en particulier, aux dépens de sa partie postéro-supérieure.

A la coupe, on voit que la tête est complètement respectée, ainsi qu'une languette au niveau du bord inférieur et la queue.

La tumeur est constituée par une substance nacrée, très dure, lardacée, criant sous le scalpel, parsemée de tractus fibreux très épais et de vaisseaux béants. En avant, cette tumeur se termine par une zone de transition avec la substance saine. La partie antérieure est souple et sous-jacente à la muqueuse duodénale qui est saine. Le cathétérisme du cholédoque est possible ; il n'y a sur son trajet aucun rétrécissement. Il est d'ailleurs complètement en dehors de la tumeur.

Estomac : La muqueuse présente un épaissement considérable de sa musculature surtout aux approches du pylore. La cavité présente un rétrécissement dû à des adhérences de la face externe de l'estomac, en deux points situés au niveau de la petite courbure. L'un au niveau du cardia, l'autre au niveau de la région parapylorique. Mais la région pylorique elle-même est saine. L'anneau n'est

pas épaissi, on trouve sur la muqueuse en plusieurs points des petites tumeurs pédiculées, molles, ressemblant à des adénomes.

Le foie présente à la coupe des noyaux d'aspect de taches de bougie, dont la plupart varient du volume d'une noisette à une mandarine. Ils ont l'aspect de marron d'Inde à la coupe.

Il y a très peu de substance hépatique saine. Le poids du foie est 1040 grammes.

Cœur : Poids 270 grammes. Rien d'anormal.

Vaisseaux : Rien à l'aorte, sauf qu'au niveau du tronc coeliaque, elle est en rapport avec la tumeur qui devait la comprimer pendant la vie.

Reins : Ils sont tous les deux granuleux, la capsule est adhérente ; la substance corticale diminuée d'étendue. Nombreux kystes à leur surface. Le rein gauche pèse 120 grammes, le droit 90.

Rate : Elle présente de nombreux infarctus cancéreux. Poids: 125 grammes.

Poumons : Aux deux sommets, cicatrices fibreuses anciennes. Emphysème des portions moyennes et des bords antérieurs. A la base gauche, œdème. A la base droite, broncho pneumonie avec nombreux grains jaunes à la coupe. Les sommets sont adhérents. Rien à l'intestin ni aux organes génitaux soigneusement examinés. On prélève pour l'examen histologique des fragments de la tumeur du pancréas à la partie périphérique et au voisinage du cardia. Les fragments des divers organes sont aussi prélevés pour l'examen histologique.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par un stroma fibreux très dense circonscrivant des alvéo-

les irrégulières et des loges pleines de cellules de forme vaguement cylindrique, très granuleuses, jaunâtres. Il y a, soit de simples traînées, soit des boyaux cellulaires pleins ou canaliculés; les reins sont sains. Au cœur, aucune lésion, sauf un peu de sclérose du tissu conjonctif des espaces interfasciculaires.

OBSERVATION II (inédite).

due à l'obligeance de M. le Dr Chappet.

*Cancer du corps du pancréas, propagation au foie,
au poumon.*

L. C... soixante-quinze ans, coiffeur, entré le 31 mars 1899 à l'Hôpital de la Croix-Rousse (Salle Saint-Irénée). Service de M. le Dr Chappet.

Antécédents : Marié, père de six enfants en bonne santé. Se serait toujours bien porté à part des attaques de rhumatisme. Un peu alcoolique.

L'interrogatoire est assez difficile, le malade est presque incapable de répondre. On arrive à savoir cependant que l'affection actuelle remonte à environ huit mois. A ce moment, il lui arrivait souvent d'être fatigué, de garder le lit pendant plusieurs jours, et cela par faiblesse. Puis il maigrit un peu, perdit l'appétit et, il y a quatre mois, eut deux ou trois vomissements sanglants assez abondants. Depuis, le malade est devenu de plus en plus faible, mangeant de moins en moins, maigrissant beaucoup, mais il ne présente pas de vomissements.

A son entrée, le malade est très amaigri, ayant une

anorexie complète, pas de vomissements ; constipation opiniâtre. Pas de toux, mais expectoration de crachats épais, purulents.

A l'examen physique, amaigrissement extrême, cachexie avancée, le visage est très légèrement teinté en jaune.

Aux poumons, quelques râles fixes aux deux sommets.

L'estomac est dilaté et mesure en hauteur 18 centimètres. La palpation ne révèle rien.

Le foie est volumineux, bosselé, recouvrant la région épigastrique. En dehors de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic on sent une tumeur du volume d'une mandarine qui fait partie du foie.

Cette tumeur est dure, légèrement bosselée et présente un bord assez tranchant sous lequel il est facile de passer la main.

Le ventre est mou, facilement dépressible et ne présente rien d'anormal.

La rate est un peu grosse ; dépasse les fausses côtes, est nettement perçue à la palpation.

Rien au cœur.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Pas de température.

11 avril. — Le malade, dont la cachexie a augmenté chaque jour, meurt sans présenter de nouveaux phénomènes.

Autopsie. — Aux poumons : lésions de tuberculose aux deux sommets avec prédominance du côté droit où se trouvent des cavernes du volume d'une noix.

A la base droite, partie antérieure, existe un noyau dur du volume d'une petite orange nettement séparée du reste

du poumon. Coloration jaunâtre à la coupe ; la pression ne fait sourdre aucun liquide. Le cœur pèse 350 grammes, les orifices sont normaux ; les coronaires dures sont transformées par place en tubes calcaires.

Dans l'abdomen, on voit une tumeur du volume d'une petite orange qui occupe la place du corps du pancréas. Une fois l'organe disséqué, on le voit séparé nettement en deux parties. L'une comprend la tête de volume et de consistance normaux ; l'autre comprenant le corps et la queue et constituée par une masse blanche, dure à la palpation, légèrement mamelonnée. La coupe laisse sourdre un peu de liquide jaune citrin contenu dans une cavité semblant provenir d'une poche dégénérée. La tumeur présente une consistance égale sur les divers points de la coupe qui est blanche comme la surface.

Le poids du pancréas est de 220 grammes. Du côté du duodénum, pas d'altération. Le canal de Wirsung est perméable jusqu'au milieu de la masse néoplasique. Du côté de l'estomac, varices au niveau du cardia.

Rien du côté de l'intestin.

Le foie présente de nombreux noyaux de généralisation. Il en existe trois du volume d'une petite mandarine. L'un d'eux se trouve à la partie antérieure du lobe, c'est cette masse que l'on sentait à la palpation. D'autres varient entre une tête de grosse épingle et une noix ; le foie en est farci. Les grosses présentent à la surface une forme en cratère, les petites forment des taches de bougie. A la coupe, les parties qui ne sont pas envahies semblent normales ; la limite entre le tissu hépatique et les noyaux néoplasiques est très nette. En général le foie n'est pas augmenté de volume, il pèse 1450 grammes.

La rate est augmentée de volume et congestionnée ; elle pèse 490 grammes.

Les reins sont normaux et pèsent (G. 190 grammes, D. 200 grammes).

Sur le péritoine qui recouvre le foie se trouvent quelques petits nodules cancéreux secondaires.

Les ganglions mésentériques voisins du pancréas sont augmentés de volume.

Examen histologique. — Porte sur des fragments du pancréas, foie et poumons.

1° Des trois fragments du pancréas, deux donnent une glande normale avec un certain degré de sclérose. Le troisième est nettement cancéreux : là c'est une tumeur alvéolaire à grosses traînées conjonctives ; l'intérieur des alvéoles est occupé par de grosses cellules cubiques quand elles reposent sur la paroi, mais devenant polymorphes dans le reste de l'alvéole. Ces cellules ont un énorme noyau, un protoplasma relativement abondant, mais très granuleux et jaunâtre ; certaines de ces cellules prennent même l'aspect de blocs sphériques granuleux où le noyau est invisible.

2° Les noyaux de généralisation du foie se présentent sous forme de boyaux, souvent même munis d'une lumière tapissée par les mêmes cellules que celles de la tumeur pancréatique. Mais on observe aussi la transformation des cellules en ces grosses boules hyalines que M. Bard regarde comme un des bons caractères des cellules pancréatiques cancéreuses.

Pas d'ictère.

3° Au poumon, les coupes donnent des îlots cancéreux, mais à cellules épithéliales atypiques, entourés d'une zone

épaisse de pneumonie grise. Mais une partie des îlots de généralisation y est en nécrobiose.

Pas de tuberculose histologiquement reconnaissable dans ces fragments.

OBSERVATION III. (Destot, *Soc. des Sciences
méd.*, 1890.)

M. Destot présente les pièces anatomo-pathologiques d'un malade opéré par M. Jaboulay. Il s'agit d'un homme adulte qui avait eu une bonne santé jusqu'au mois de janvier de cette année. A ce moment, il ressentit des douleurs dans la région épigastrique.

Au mois de juin, un médecin consulté par le malade, reconnut des battements et la présence d'un souffle dans la région malade. En juillet, M. Poncet, ayant ce malade dans son service, songe à un anévrisme de l'aorte abdominale et conclut à la non-intervention. M. Jaboulay, ayant pris le service peu après, fit une laparotomie exploratrice à cause de l'absence de retard du pouls fémoral ; et sentit un corps dur sous le lobe gauche du foie. Une ponction donna un liquide ressemblant à du pus en voie de formation. Le malade présenta de la fièvre depuis l'opération et mourut en fin juillet.

A l'autopsie, on trouva un cancer de la partie moyenne du pancréas généralisé au foie.

Il est regrettable que nous n'ayons pas pu trouver de détails sur les rapports de la tumeur avec les organes voisins.

OBSERVATION IV. (Th. de Caron, obs. XXXIV.)

Femme de soixante-quatre ans, qui présente une douleur continue, seul symptôme avec à la palpation une tumeur pulsante prise pour une dilatation aortique.

Diagnostic porté : Ectasie de l'aorte. La tumeur ayant commencé à envelopper l'aorte près du tronc coeliaque amenait la production d'un bruit systolique distinct.

Dans trois de ces observations, nous trouvons des signes nouveaux expliqués par les rapports de cette portion du pancréas avec les organes voisins.

Aussi, nous allons voir tout d'abord quels sont les rapports anatomiques du corps du pancréas :

La face postérieure est en rapport avec les vaisseaux mésentériques supérieurs (col) et l'aorte abdominale.

Le bord supérieur avec le tronc coeliaque et le plexus solaire.

En avant, avec la face postérieure de l'estomac et l'angle duodéno-jéjunal.

Les rapports du pancréas avec le plexus solaire expliquent bien ces douleurs vives à peu près continues, et qui peuvent être causées soit par l'irritation directe de la tumeur, soit par l'intermédiaire des filets que le plexus envoie au pancréas, formant un plexus secondaire, le plexus pancréatique.

On peut expliquer les battements que présentait la tumeur dans trois des cas, par ses rapports avec l'aorte, qui lui communiquait ses mouvements.

Reste à expliquer la production du souffle. Il est certain que la tumeur en comprimant l'aorte produisait un

rétrécissement à ce niveau ; par suite, formation d'une veine fluide, le sang passant à travers le rétrécissement accidentel dans un espace libre de toute compression et par suite plus large. De là le souffle que nous retrouvons dans les trois cas cités.

Dans l'observation de M. Chappet, ces signes manquent ; mais dans ce cas il n'est point dit que la tumeur comprimait les organes voisins, comme dans les autres observations, ce qui confirme nos explications des signes donnés dans les trois autres cas.

Enfin, ces mêmes signes, battements et souffle, nous font conclure que dans l'observation relatée dans la thèse de Caron, il s'agissait d'un cancer du corps du pancréas, puisque la tumeur enveloppait l'aorte près du tronc coëliaque.

Les signes du cancer du pancréas seront donc différents, suivant que la tumeur comprimera ou non les organes en rapport avec elle à son niveau.

Si la tumeur est cantonnée au corps de l'organe sans s'étendre aux organes voisins, il n'y aura que les signes suivants : cachexie et amaigrissement pancréatiques.

Si la tumeur s'étend au plexus solaire, à l'aorte, on verra alors apparaître : d'une part, cette douleur vive, à peu près continue, dont nous avons déjà parlé ; d'autre part, des battements et un souffle. Le plus souvent, on sentira dans la région une tumeur dure et fixe. Ce qui permettra de la distinguer d'une tumeur gastrique qui pourra se déplacer latéralement et d'une tumeur hépatique qui se déplacera de haut en bas, pendant les mouvements de l'inspiration.

Enfin on éliminera assez facilement l'hypothèse d'un

anévrisme de l'aorte par l'absence du retard du pouls fémoral, ou son peu d'apparence, et par la constatation de la tumeur.

Cela ne veut pas dire que le diagnostic de cancer du pancréas avec siège au corps, pourra être porté dans tous les cas, puisque tous les signes de compression peuvent faire défaut, témoin l'observation II. Il restera néanmoins pour soupçonner le siège du cancer cette cachexie et cet amaigrissement vraiment pancréatiques.

CHAPITRE V

Avant d'aborder les conclusions, il nous semble nécessaire de faire une étude d'ensemble.

Le cancer primitif du pancréas peut siéger, avons-nous vu : à la tête, au corps, à la queue de l'organe.

Le premier, cancer de la tête, est de beaucoup le plus fréquent ; il peut revêtir deux formes, une forme normale correspondant au type Bard et Pic, une forme anormale correspondant à l'un des quatre types suivants : cachectique simple, diabétique, pseudo-hépatique, pseudo-pylorique.

Ces types anormaux sont, nous l'avons vu, l'exception, alors que la forme normale reste la règle dans la majorité des cas. Le cancer primitif du corps est une forme anormale, à cause de son siège. Il se révèle par des signes de compression aortique (forme pseudo-anévrysmale) ou autres et par suite variables, en même temps que par les signes pancréatiques : l'amaigrissement et la cachexie rapides. N'oublions pas de dire, qu'il est infiniment rare, très difficile à diagnostiquer et que, parfois, les signes de compression manquent, ne laissant subsister que les signes pancréatiques : amaigrissement, cachexie.

Enfin, en dernier lieu, le cancer de la queue est, lui aussi, une forme anormale de par le siège de la tumeur ; cette forme paraît un peu plus fréquente que la précédente.

Les symptômes se divisent en deux groupes : les uns intrinsèques, c'est-à-dire pancréatiques : amaigrissement, cachexie ; les autres extrinsèques, dus à des noyaux de généralisation, et, par suite, très variables.

Nous devons dès maintenant faire une remarque de la plus grande importance à propos de la symptomatologie de ces diverses formes. Qu'il s'agisse de cas normaux ou anormaux, de tumeur siégeant soit à la tête, soit au corps, soit à la queue du pancréas, il y a deux signes présents dans tous les cas. Ils consistent en un amaigrissement et une cachexie progressifs.

Ce sont donc bien des signes vraiment pancréatiques qui devront toujours, par eux seuls, faire songer à une affection néoplasique du pancréas, et les autres signes, surajoutés ceux-là, dus à des compressions ou à des localisations secondaires, ces signes, disons-nous, ne serviront qu'à permettre le diagnostic du siège dans telle ou telle portion de l'organe. Extrêmement variables, il serait dans bien des cas difficile de les rattacher à leur véritable cause, si les signes pancréatiques dont nous avons parlé plus haut ne venaient nous indiquer l'existence probable d'une lésion néoplasique du pancréas, à condition, bien entendu, qu'on ait éliminé le diagnostic de diabète maigre. Dans ce cas toutefois, si l'amaigrissement est aussi rapide, la cachexie est moins prononcée ; et, dans le cas de tumeur pancréatique, s'accompagne assez fréquemment d'une teinte paille des téguments qui éveille l'idée d'un néoplasme.

La présence d'une tumeur dans la région épigastrique est aussi un très bon signe, mais qui fait défaut assez souvent, de sorte que sa valeur est bien moindre que les signes précédents.

En somme, qu'il s'agisse de la forme normale ou des formes anormales de la tête et de celles dues au siège de la tumeur au corps, à la queue de l'organe, à part l'amaigrissement, la cachexie, la présence d'une tumeur, les autres signes ne sont que des signes d'emprunt, quelle que soit leur grande importance clinique.

CONCLUSIONS

I. A côté de la forme habituelle du cancer primitif du pancréas (caractérisée par un ictère sombre, sans rémission, une distension de la vésicule biliaire, une cachexie et un amaigrissement rapides, une température habituellement hyponormale. Bard et Pic) qui constitue l'immense majorité des cas, il y a lieu de décrire des formes anormales infiniment plus rares que la première et dont la fréquence a été considérablement exagérée par beaucoup d'auteurs.

II. Les formes anormales se divisent en deux grandes classes :

a) Cancers primitifs siégeant à la tête du pancréas dans lesquels fait défaut le syndrome d'ictère par rétention.

b) Cas caractérisés par le siège anormal de la tumeur en dehors de la tête de l'organe.

III. Les cancers primitifs de la tête sans ictère chronique ne comprennent qu'un nombre infime d'observations répondant à l'une ou l'autre des formes suivantes :

Cachectique — Diabétique
Hépatique — Pseudo-pylorique

IV. Les formes anormales caractérisées par le siège de la tumeur en dehors de la tête se divisent en :

a) Cancers de la queue dont la symptomatologie peut se résumer en une cachexie et un amaigrissement progressifs auxquels se joignent parfois des symptômes secondaires dus à des noyaux de généralisation.

b) Cancers du corps. Symptomatologie caractérisée par une cachexie et un amaigrissement progressifs, des douleurs, quelquefois des signes simulant la sténose pylorique. Souvent une tumeur épigastrique très dure, très immobile, parfois animée de battements et même d'expansion étant quelquefois le siège d'un souffle (forme pseudo-anévrysmale).

V. Toutes ces formes anormales ont, soit entre elles, soit avec la forme habituelle, plusieurs traits communs qui sont :

Très fréquemment la tumeur épigastrique, toujours une cachexie et un amaigrissement tellement caractérisés qu'ils ont quelque chose de spécifique, amaigrissement pancréatique.

Elles sont donc caractérisées surtout par des phénomènes directement pancréatiques, tandis que, dans la forme habituelle, ces symptômes pancréatiques, quoique existant,

sont masqués par les symptômes plus bruyants de la rétention biliaire, lesquels, malgré leur grande importance clinique, ne sont à tout prendre que des symptômes d'emprunt.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BARD.

Vu :

LE DOYEN
LORTET.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÈ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. Forme normale à syndrome Bard et Pic.

- AIGRE, Bull. Soc. Anat., 1889 (1 obs.).
ALDIBERT, Bull. Soc. Anat., 1892 (1 obs.).
AUVRAY, Bull. Soc. Anat., 1894 (1 obs.).
BARALOGU et TREMOLIÈRES, Bull. Soc. Anat., 1898 (1 obs.).
BARD et PIC, Rev. de méd., 1888 et 1897 (2 obs.).
BRIGHT, London medico-chir. Trans., 1854 (1 obs.).
CARON, th. Paris, 1889 (Obs. 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, de 23
à 33, 38, de 41 à 47 — à éliminer obs. 4, 5, 6, 7, 8, 14,
15, 29, 22, 40).
CLAISSE, Bull. Soc. Anat., 1894 (1 obs.).
CHOUPIN et MOLLE, Loire méd., 1893 (4 obs.).
COCHEZ, Rev. de méd., 1895 (1 obs.).
COURMONT et BRET, Province méd., 1894 (1 obs.).
DEGUY et PIATOT, Soc. Anat., 1894 (1 obs.).
DUTIL, th. Paris, 1898 (1 obs.).
FLAVIO SANTI, Gaz. d. Ospid., 1891 (1 obs.).
GRIFFON, Progrès méd., 1896 (1 obs.).
HUE, Normandie méd., 1894 (1 obs.).
HUCHARD, Bull. méd., 1895 (1 obs.).
ISCH WALL Progrès méd., 1889 (1 obs.).
LEVI, Bull. Soc. Anat., 1894 (1 obs.).
LUCRON, th. Paris, 1893 (obs. 1 à 7).
MACAIGNE, Bull. Soc. Anat., 1892 (1 obs.).
MARTHA, Bull. Soc. Anat., 1888 (1 obs.).
MASSARY, Bull. Soc. Anat., 1895 (1 obs.).
MIRAILLÉ, Gaz. des Hôp., 1893.
MUSMECI, Gaz. degli ospid. Milano, 1891 (1 obs.).

- OLIVIER, Beitrage z. path. Anat., 1895 (1 obs.).
PERDU, th. Lyon, 1894 (obs. 1 à 6 et 17.).
PARISOT, th Paris, 1892 (7 obs. déjà citées).
RAMOS et COCHEZ, Rev. de méd. (2 obs.).
SAGUET et LUCRON, Bull. Soc. Anat., 1892 (1 obs.).
SERVAES, Berlin. klin. Woch., 1878 (1 obs.).
SUCKLING, the Lancet, 1889 (1 obs.).

II. Formes anormales de la tête.

A. Cachectique simple.

- RENGLARET, Bull. Soc. Anat., 1894 (1 obs.).

B. Diabétique.

- BAROMAKI, Marseille méd., 1893 (1 obs.).
BARD et PIC, Revue de méd., 1897.
BOUCHARD, Mal. par ralent. de nutrition, Paris, 1882 (1 obs.).
COLLIER, Brit. med. J., 1890 (1 obs.).

C. Pseudo-hépatique.

- FLAVIO SANTI, loc. cit. (1 obs.).

D. Pseudo-pylorique.

- PILIET, Bull. Soc. Anat., 1889 (1 obs.).
PERDU, loc. cit.
PIC, Rev. de méd., 1894.

III. Formes anormales dues au siège de la tumeur en dehors de la tête.

A. Queue.

- BERNARD, Bull. Soc. Anat., 1894.
EBSTEIN, Deuts. med. Wochens, 1899.
HÜCHARD, loc. cit.
OLIVIER, loc. cit.
STRUMPELL, D. Arch. f. klin. Med., Band XXII.

B. Corps.

- CARON, loc. cit. (obs. 34).
DESTOT, Lyon méd., 1891.

